

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Ulcère traumatique de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement 15 février 1907.

PAR

Jean-Numa LAVELLE

Né à Siorac-sur-Dordogne (Dordogne), le 7 Janvier 1881

Examineurs de la Thèse	{	MM. PICOT, professeur.....	{	Président
		DENIGES, professeur.....		Juges.
		BENECH, agrégé.....		
		MONGOUR, agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Ulcère traumatique de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement 15 février 1907.

PAR

Jean-Numa LAVELLE

Né à Siorac-sur-Dordogne (Dordogne), le 7 Janvier 1881



Examineurs de la Thèse

{	MM. PICOT, professeur.....	Président	
	DENIGES, professeur.....	{	
	BENECH, agrégé.....		Juges.
	MONGOUR, agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. MICE.....
 DUPUY.....
 FIGUIER.....
 MASSE.....

} Professeurs honoraires.

MM.		MM.	
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale.....	FERRE.
	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique des maladies chirurgicales des en- fants.....	DENUCE.
Médecine opératoire..	N.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie.....	CANNIEU.	Physique pharmaceuti- que.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie.....	JOLYET.		
Hygiène.....	LAYET.		
Médecine légale.....	LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM.	DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....		MOURE.
Clinique des maladies mentales.....		REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.
 MONGOUR. | ABADIE.
 CABANNES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	{ MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT.	Accouchements.....	{ MM. FIEUX. ANDÉRODIAS
------------------------	--	--------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES. CAVALIE.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
		Histoire naturelle.....	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui l sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SABRAZÈS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEF DU LABORATOIRE DES CLINIQUES

MÉDECIN DES HOPITAUX

• OFFICIER D'ACADÉMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546413_0070

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons choisi n'est pas nouveau, Depuis Potain, il a fait l'objet de nombreux travaux. Et, pour excuser ce défaut d'originalité, nous ne saurions dire que nous avons fait dans notre thèse une étude complète de l'ulcère traumatique de l'estomac.

La prétention d'être complet, dangereuse pour les plus grands, deviendrait ridicule quand il s'agit d'un étudiant.

Le but que nous nous proposons est surtout d'attirer l'attention sur l'ulcère de l'estomac consécutif à un violent effort et que nous appelons : « Ulcus par effort ».

Grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Sabrazès, qui nous a inspiré notre sujet, grâce à nos propres recherches, nous apportons quelques observations inédites ou personnelles, qui, nous l'espérons, justifieront notre choix et donneront à notre thèse quelque intérêt.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous sommes heureux de remercier bien sincèrement MM. Picot, Moussous, Lanelongue, Denucé, Badal, Pousson, Courtin, nos maîtres éminents qui nous ont initié à la pratique médicale et qui ont bien voulu nous prodiguer les richesses de leur enseignement.

Nous garderons le meilleur des souvenirs de M. le professeur agrégé Sabrazès, qui n'a cessé de nous donner pendant tout le cours de nos études les plus précieux conseils.

Que M. le professeur Picot, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, soit assuré de notre entière et sincère reconnaissance. Nous le prions d'accueillir l'hommage de ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Trouver la véritable cause d'une maladie, sauf quelques exceptions est une chose souvent impossible. « Les causes des maladies, a dit un auteur, sont peut-être le point de leur histoire le plus obscur. » Lorsqu'un individu placé sous une influence morbigène quelconque, est frappé d'une maladie, on peut, en effet, toujours se demander si la maladie, sans cet agent, ne se serait pas développée. C'est pourquoi, dans l'étude étiologique de toute maladie, il faut tenir compte, non seulement des causes locales, matérielles et visibles comme un traumatisme sur l'épigastre, qui déterminent et font naître le trouble gastrique morbide, mais aussi des causes générales, diathésiques, comme la chloro-anémie, l'hémoglobinurie, le diabète, la syphilis, l'arthritisme, qui existent parfois avant la lésion, et préparent le terrain sur lequel pourra évoluer plus ou moins commodément le processus ulcéreux.

Nous ne nous occuperons que des causes locales dans notre étude de l'ulcère traumatique de l'estomac. Nous les diviserons en deux grandes classes suivant qu'elles exercent leur influence de dehors en dedans, ou, inversement de dedans en dehors. Dans le premier cas, nous aurons affaire au traumatisme externe, au traumatisme interne dans le second.

TRAUMATISME EXTERNE.

Les violences extérieures pouvant léser la muqueuse gastrique sont et nombreuses, et variées par leur mode d'action.

Tantôt, c'est un individu qui a reçu en pleine poitrine un coup de pied de cheval, comme dans notre observation IV ; tantôt, le sujet accuse une maîtresse volée de coups de poing, de coups de pied dont quelques-uns ont dû atteindre l'épigastre (obs. XIII). C'est un violent coup de tête que l'on peut invoquer pour expliquer les troubles qui sont survenus chez le malade de l'observation X.

La compression du thorax peut être la cause de l'ulcère de l'estomac. Dans notre observation V, le sujet a eu la région épigastrique comprimée entre un mur et un bœuf. Rendu cite le cas d'un individu dont la base du thorax fut prise entre les deux banquettes d'un compartiment pendant un accident de chemin de fer.

La contusion de la région épigastrique peut être parfois incriminée. Dans l'observation de Potain, il s'agit d'une contusion à l'épigastre provoquée par un meuble qu'avaient laissé tomber ceux qui le portaient (observation VII). Quelquefois, comme dans les observations III, XI, XIX, le sujet glisse, tombe et heurte de la région épigastrique sur un obstacle dur, très résistant : angle d'un meuble, d'un trottoir. Ainsi, le malade de notre observation III ayant fait un faux pas, glisse et tombe, la face en avant, sur un seau.

Dans notre observation II, la chute sur le dos a pu occasionner un trouble assez considérable pour donner naissance à un ulcère. Lucas Championnière cite un cas à peu près analogue.

Des plaies pénétrantes de l'abdomen, ont pu intéresser l'estomac. Le plus souvent, ces plaies sont déterminées par une arme à feu, un coup de couteau, un coup d'épée.

Dans l'observation de Forgue, il s'agit d'un individu qui a reçu une balle de revolver (Obs. XX et XXIII). L'ulcère de

l'estomac a suivi des traumatismes répétés sur l'épigastre. (Lancereaux.)

Ainsi donc, dans la majorité des cas d'ulcères traumatiques, on pourra invoquer l'une des multiples causes sus-indiquées. La lésion initiale résultera d'un coup direct d'un objet, soit, en avant sur la région épigastrique, soit, en arrière sur la région dorsale correspondante. Mais, il arrivera quelquefois cependant que l'ulcère de l'estomac se développera à la suite d'un violent effort. Les lésions gastriques seront produites par contre-coup : les muscles abdominaux contractés agiront comme un véritable choc direct sur la face antérieure de l'organe. Le sujet de notre première observation nous paraît être atteint d'ulcus survenu à la suite de l'effort qu'il fit pour soulever une lourde poutre. A partir de ce moment précis, lui, qui, antérieurement n'avait jamais souffert de l'estomac, vit apparaître successivement tous les troubles gastriques, apapage de l'ulcus. C'est à la suite d'un effort pour faire un exercice de gymnastique que le malade de l'observation VI a eu une abondante hématomèse. Bien que le malade de notre deuxième observation ait fait une chute sur le dos, nous serions porté plutôt à admettre qu'il s'agit également d'un ulcus par effort que d'un ulcère déterminé par le choc des vertèbres sur la face postérieure de l'estomac.

TRAUMATISME INTERNE

La muqueuse gastrique peut directement être lésée par l'introduction dans les voies digestives d'un corps étranger solide.

Dans le cas cité par Monestier, c'est un individu qui, ayant avalé un os, une vertèbre de porc, eut de nombreux vomissements de sang et finit par mourir d'épuisement au bout de trois semaines.

Dans l'observation XXI, la lésion gastrique a été provoquée par la pointe d'une épée introduite volontairement par le malade jusque dans l'estomac.

Quelquefois, les troubles de l'ulcère ont apparu à la suite de l'ingestion continue et prolongée de corpuscules poussiéreux. Chaque grain de poussière agit comme autant de petits traumatismes, légers, insignifiants d'abord, mais qui, à la longue, par leur répétition, sont capables d'ulcérer l'épithélium de la muqueuse gastrique. Les débris aigus et tranchants de fine poussière que soulève le travail de la pierre meulière, du verre, de la porcelaine aspirés par l'ouvrier et mêlés à la salive, arrivent dans l'estomac où ils déterminent des troubles ulcéreux.

Bernutz a observé plusieurs fois des troubles digestifs, des douleurs vives, des hématomésos abondantes qui ne connaissaient pas d'autre cause. Il cite le cas d'un jeune ouvrier en porcelaine qui présente le cortège symptomatique de l'ulcère simple de l'estomac. Déjà, en 1861, Archambault avait noté des troubles du même genre chez des ouvriers chargés de la nitrification de petits appareils dont on se servait à cette époque pour isoler les fils télégraphiques.

Le danger provenait de ce que l'opération ne se faisait pas sans soulever un véritable nuage de poussière. Le fait seul des contractions gastriques a pu occasionner des ulcérations, des perforations même des parois de l'estomac, ayant entraîné la mort du sujet. M. Bisset dans un cas* d'ulcère perforé de l'estomac avec hémorragie mortelle chez un enfant de quarante-huit heures, croit que le péristaltisme interne de l'estomac provoqué par le lait absorbé doit être seul mis en cause.

Des lésions gastriques, contusions, ulcérations, perforations sont quelquefois la conséquence d'ingestion de substances irritantes par leur nature chimique comme certains poisons, certains médicaments.

Le plus souvent les poisons corrosifs : phosphore, sublimé, arsenic, nitrate d'argent, acides minéraux ou organiques, alcalis etc... sont ingérés dans un but de suicide.

L'action de l'alcool sur la muqueuse stomacale est certaine, « sous l'influence de son usage immodéré, celle-ci perd de sa vitalité, le suc gastrique intervient, creuse l'ulcère peu à peu.

et alors se produit une lésion, qui, continuant à être en contact avec les acides de l'estomac, va sans cesse grandissant et arrive à perforer les parois de l'estomac et même à atteindre les organes situés dans son voisinage. »

Les brûlures étendues de la peau ont donné naissance à de véritables lésions ulcéreuses de l'estomac (Lancereaux).

CHAPITRE II

Physiologie

L'estomac, organe creux et mobile, échappe souvent grâce à sa situation anatomique aux violences extérieures, aux contusions de l'abdomen. Retiré derrière les dernières côtes et le lobe gauche du foie, il est à l'abri des traumatismes, surtout lorsqu'il est en état de vacuité.

« Il existe cependant une influence physiologique singulièrement propre à annuler ces conditions, et par suite, capable de favoriser la production de lésions qui existent à des degrés divers, depuis la simple contusion des parois jusqu'à la rupture complète : nous voulons parler de l'ampliation physiologique de l'estomac par les matières alimentaires et les gaz qui y circulent habituellement. (Derouet.) Aussi, dans la majorité des observations que nous avons recueillies, l'accident est-il survenu pendant que l'individu était en pleine digestion. L'estomac, en effet, distendu par les aliments, ne pouvant plus rester caché, vient par sa face antérieure prendre contact avec la paroi abdominale, et, se porte de lui-même au-devant du danger.

Une lésion des parois de l'estomac peut résulter quelquefois de la surdistension de l'organe par les gaz. Longuet d'après ses expériences ayant conclu dans un sens opposé dans sa

communication à la Société anatomique, en 1875, « la distension gazeuse est une condition défavorable à la rupture des parois stomacales », nous croyons utile de citer ici une observation remarquable de rupture spontanée de l'organe, observation publiée par le docteur Lisle :

« Un enfant âgé d'un an, après avoir tété sa mère et mangé une soupe aux choux, mourut pendant la nuit sans que ses parents se fussent aperçus de ses souffrances. Aucune violence extérieure ne pouvait expliquer une mort aussi prompte; l'autorité réclama l'autopsie du cadavre. Aussitôt que l'abdomen fut ouvert, il s'en exhala une odeur si fétide qu'elle fit reculer tous les assistants. L'hypocondre gauche entre la rate et l'estomac était vide; à la petite courbure s'offrait une déchirure de trois pouces de long, s'étendant de gauche à droite et dont les bords étaient presque aussi unis que si elle eût été le résultat d'une incision. Les autres organes étaient dans l'état normal. La section des parois abdominales ayant été faite avec les plus grandes précautions, le docteur Lisle conclut que cette déchirure s'est opérée spontanément, par l'accumulation excessive des gaz à la suite d'une digestion pénible. »

Quelquefois, la lésion sera multiple, plus souvent simple ou double. Simple, elle siègera sur la face antérieure de l'estomac et résultera de l'action directe de l'objet traumatisant sur l'épigastre. Double, l'une des lésions occupera la face antérieure, l'autre la face postérieure; la première sera due au choc direct sur l'épigastre, la deuxième à l'action indirecte des vertèbres dorsales et sacrées sur l'organe.

Dans les Observations IV, IX, XV, l'action directe doit être mise en cause; l'action indirecte, dans l'Observation V. Le sujet de notre Observation V est à la fois victime de deux traumatismes agissant en sens opposé; l'un actif, l'autre passif. Il se trouve pris, pour ainsi dire, entre deux feux: en avant, un bœuf qui comprime, écrase sa région épigastrique, en arrière la région dorsale correspondante subit les néfastes effets de la résistance passive du mur. C'est également par action

indirecte de la colonne vertébrale sur la face postérieure de l'estomac que se produisent les lésions dans une chute sur le dos. Mais, lorsqu'on se trouvera en présence d'un ulcère survenu à la suite d'un effort, quel mécanisme physiologique invoquera-t-on ? Comme dans les cas d'ulcère d'origine nettement traumatique, l'individu est généralement en pleine période digestive ; son estomac se trouve donc en partie en contact avec la paroi abdominale. Au moment même de l'effort, ce contact devient plus intime, puisqu'un instant auparavant, le sujet ayant rempli d'air sa cage thoracique par une profonde et large inspiration refoule son diaphragme et agit ainsi indirectement sur l'estomac qui se porte en avant, et se trouve, par conséquent, plus accessible aux traumatismes. Survienne alors un effort violent, et brusquement, les muscles abdominaux se contractent, agissent par contre-coup sur la face antérieure du viscère et produisent des lésions qui pourront donner naissance à un ulcère.

On peut être étonné de prime abord, qu'un traumatisme de la sorte soit suffisant pour léser la muqueuse gastrique, mais, il ne faut point oublier que celle-ci est d'une très grande friabilité. Elle s'effrite, se desquame pour ainsi dire avec une extrême facilité. Le moindre trauma est capable de désorganiser son tissu. Max Einhorn a constaté même la présence de fragments de muqueuse, reconnaissables au microscope dans l'eau de lavage de l'estomac.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les lésions de l'estomac résultant soit d'un traumatisme, soit d'un effort ont leur siège de prédilection à la petite courbure de l'estomac sur la paroi postérieure de l'estomac. Ainsi dans l'observation VIII de Potain l'ulcère cicatrisé occupe la partie postérieure de l'organe au niveau de la petite courbure. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point. D'ailleurs l'ulcère simple de l'estomac choisit également cet endroit pour naître et évoluer. MM. Nevin et G. Herrick, dans un récent travail, se sont surtout appliqués à préciser le siège de la lésion. Ils ont basé leur statistique sur 200 cas d'ulcère. Sur 97 faits dans lesquels la localisation a pu être parfaitement déterminée, ils ont compté 47 ulcères siégeant sur la petite courbure de l'estomac, 30 intéressant la paroi postérieure, 17 sur la face antérieure, et 3 % sur la grande courbure, ce qui donne le pourcentage suivant :

Petite courbure.....	48 p. %
Paroi postérieure.....	31 —
Face antérieure.....	17 —
Grande courbure.....	3 —

On peut donc dire que dans les trois quarts des cas l'ulcère a pour siège la petite courbure ou la paroi postérieure de l'estomac.

La raison que donnent MM. Nevin et Herrick de cette localisation de l'ulcère simple nous semble devoir être admise pour expliquer cette même localisation dans les ulcères par effort et traumatiques. Ces auteurs croient qu'elle dépend du changement de position que subit l'estomac en passant de l'état de vacuité à l'état de plénitude. Au cours de la rotation partielle qui a pour résultat d'amener la grande courbure en contact avec la paroi abdominale antérieure, les deux orifices de l'estomac et la petite courbure restent à peu près fixes. Ils sont moins capables que les points mobiles de résister à la pression, à la contusion, aux traumatismes de toutes sortes.

« La contusion est la lésion la plus fréquente. On peut en rencontrer à tous les degrés depuis le plus léger jusqu'à la désorganisation complète des tuniques de l'estomac. » (Dumény.)

Les blessures traumatiques de cet organe, dit Rehn sont variées : ce sont des déchirures ou des décollements de la muqueuse, des hématomes, des ulcérations, des perforations. Des expériences ont montré que lorsque chez un animal on frappe sur l'estomac rempli, on détermine des hématomes, ou des déchirements de la muqueuse ; si l'estomac est distendu, la séreuse se déchire ; si l'estomac est encore plus distendu, la paroi tout entière est rompue. A la suite de certains traumatismes, on a vu se développer des kystes de la paroi stomacale.

Quelle que soit la lésion, celle-ci « tend à détruire successivement les tuniques muqueuse, fibreuse, musculaire et péritonéale ; sa profondeur varie donc suivant les tissus détruits ».

CHAPITRE IV

Aperçu pathogénique.

La lésion de la muqueuse gastrique, qui reconnaît pour cause un traumatisme, peut évoluer de deux façons différentes. Elle se cicatrise rapidement, ou bien, elle ne guérit pas, tend, au contraire, à s'agrandir, acquiert le caractère de chronicité et se transforme en ulcère simple.

Nombreuses sont les expériences qui ont été faites pour élucider l'action des causes traumatiques sur la muqueuse de l'estomac. L'ingéniosité des expérimentateurs a permis de créer des ulcérations analogues à l'ulcère type.

Quinke a montré que sur des chiens à fistule gastrique toutes les variétés de traumatismes amenaient la formation d'ulcères ronds ; mais ces ulcères se cicatrisaient avec une remarquable rapidité.

Sur des chiens anesthésiés, Decker opère en introduisant, à plusieurs reprises, à l'aide d'une sonde, dans l'estomac, une petite quantité d'eau bouillie à 50°. Les lésions qu'il obtient sur la paroi stomacale présentent à l'œil nu les caractères de l'ulcère rond.

En pratiquant des violences extérieures au niveau de la région épigastrique, Ritter et Vanni ont produit des déchirures, des hémorragies interstiellles ou sous-muqueuses, des in-

inflammations diffuses de la muqueuse et par place des processus ulcératifs, allant jusqu'à la musculieuse. D'autres expérimentateurs sont arrivés aux mêmes résultats.

Toutes ces expériences démontrent surabondamment qu'un ulcère typique peut se développer à la suite d'un traumatisme gastrique. Tous les auteurs s'accordent sur ce point. « Mais on a fait remarquer que la lésion ainsi obtenue par ce procédé avait paru guérir rapidement, qu'elle manquait pour être assimilable à l'ulcère de Cruveilhier d'un caractère fondamental, la chronicité.

Dans les observations cliniques que nous publions, des lésions gastriques d'origine traumatique ont évolué vers une rapide cicatrisation, d'autres sont devenues de véritables ulcères. « Pour que cette dernière éventualité puisse se réaliser, il faut admettre nécessairement l'intervention d'une cause adjuvante capable de transformer la lésion traumatique de la muqueuse en ulcère chronique. Mais quelle est cette cause ? L'obscurité règne encore sur cette question importante de la pathogénie de la maladie qui nous occupe.

Ce n'est point que les théories ne soient nombreuses. Chacun des auteurs qui étudient l'ulcère de l'estomac, éprouve le besoin d'échafauder « sa théorie », théorie jouissant aujourd'hui de la faveur scientifique, détrônée demain par une nouvelle, car, pas une d'entre elles, ne suffit à expliquer, à elle seule, le processus qui préside à la formation de l'ulcère : aucune n'échappe à toute objection. « Lorsqu'on cherche à se faire une opinion sur la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac, écrit G. de la Tourette, on ne tarde pas à constater qu'à part la première hypothèse émise par Cruveilhier, qui admettait l'influence très générale de la gastrite, les causes de cette manifestation morbide ont presque toujours été subordonnées aux doctrines médicales, qui, depuis 1830, ont régenté la pathologie. Tour à tour, attribué à l'embolie ou à la thrombose, l'ulcère rond est aujourd'hui tirailé entre le microbisme et le chimisme stomacal, représenté dans la circonstance par l'hyperchlorhydrie. »

Poulain et Rehn ont prétendu que la lésion gastrique initiale survenue à la suite d'un traumatisme devenait ulcère sous l'influence de l'infection. Letulle s'est montré le défenseur de l'origine infectieuse de l'ulcère rond. Les microbes arrivent sur la surface contusionnée, soit mêlés aux aliments, soit « véhiculés au hasard des courants sanguins ».

Les microbes en présence d'un tissu *minus resistantiae* s'y implantent et se livrent lentement mais sûrement à un travail de destruction. Admettre la première hypothèse serait aller à l'encontre des multiples expériences qui prouvent que la seule infection locale ne peut rendre chronique une plaie qui ne demande qu'à guérir. Admettre la possibilité de la deuxième, c'est affirmer que le sujet au moment du traumatisme est atteint d'une maladie infectieuse, dont les germes pathogènes viendront agir par thrombose ou embolie sur la lésion.

Actuellement, la grande majorité des auteurs admettent plutôt l'influence des acides de l'estomac et en particulier de l'acide chlorhydrique. C'est l'hyperchlorhydrie qui agit sur la plaie ; c'est l'action corrosive du suc gastrique acide qui, s'ajoutant à celle du traumatisme, détermine l'ulcère de l'estomac. S'il n'y a point hyperchlorhydrie, il n'y aura point d'ulcère, dit Richardière, et la guérison ne tardera pas.

L'action prépondérante du suc gastrique acide paraît d'autant plus admissible que les malades atteints d'ulcère de l'estomac, présentent tous les symptômes qui sont la caractéristique de l'hyperchlorhydrie : troubles dyspeptiques, pyrosis après les repas, nausées, renvois et vomissements acides. Le suc gastrique agirait donc par auto-digestion rongant petit à petit les tissus qui avoisinent la lésion traumatique.

Et cependant, même la théorie pathogénique de l'hyperchlorhydrie n'arrive pas à concilier toutes les hypothèses. Comment expliquer, par exemple, l'action du suc gastrique sur la variété particulière d'ulcère de l'estomac dont M. Hayem a eu l'occasion d'observer trois cas : il s'agit d'une perte de substance, d'un ulcère qui se produit à la face péritonéale de

l'estomac. Comment également se fait-il que dans un même estomac deux ulcères peuvent évoluer simultanément en sens inverse, l'un se creusant grâce à l'action du suc gastrique, et l'autre se cicatrisant malgré ce même suc gastrique ? Il y a certainement là quelque chose que même les plus ingénieuses théories, à l'heure actuelle, n'arrivent pas à expliquer.

CHAPITRE V

OBSERVATION I (Inédite)

(Sabrazès et Lavelle)

Ulcus par effort

Laurent L..., âgé de quarante six ans, arrimeur de poteaux de mine aux Docks, entre le 28 mars 1903 à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le Professeur agrégé Sabrazès, salle 20, lit 9. Nous ne relevons rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires du malade : ses parents, sans avoir jamais souffert de l'estomac sont morts : son père à soixante et onze ans, sa mère à soixante-quatorze. Personne parmi les collatéraux n'est mort de maladies de l'estomac ou d'affections cancéreuses.

Lui-même n'a fait aucune maladie ni dans son enfance, ni dans son adolescence. Marié, père de famille, c'est un ouvrier rangé et travailleur. Il n'est pas fumeur, n'a pas d'habitude alcoolique : ne prend ni petit verre ; ni le matin, à jeun « pour tuer le ver » le verre de vin blanc ; à peine, s'il se permet de temps en temps un goudron. Il a un régime alimentaire régulier, mange à heure fixe des aliments nourrissants, boit environ un litre de vin par jour. Appétit bon, digestion facile.

En somme, homme d'une constitution robuste, ayant joui d'une santé excellente jusqu'en 1899.

Cette même année, au mois de juillet, après déjeuner, comme à l'ordi-

naire, il travaille aux Docks, quand à la suite d'un effort violent pour soulever une poutre lourde de 85 kilogs environ, il ressent dans la région épigastrique une vive douleur qu'il compare à celle d'une profonde piqure d'aiguille. Il localise cette douleur dans le septième espace intercostal gauche, à un demi-centimètre au-dessus du rebord costal, sur la ligne mamelonnaire.

C'est à partir de ce moment précis que le malade ignorant jusqu'alors ce qu'était « le mal d'estomac » souffre de cet organe. La douleur du premier jour d'abord ponctiforme, bientôt se diffuse pour se généraliser à tout l'estomac. Une semaine s'est à peine écoulée que le malade éprouve déjà comme des sensations de brûlures, qui, plus vives de jour en jour, font bien vite place à de véritables sensations de déchirure des chairs.

Le malade cependant, ne consulte pas de médecin, ne veut pas se droguer. Pour toute médication, le soir, il prend une infusion chaude de tisane.

Mais l'état général ne tarde pas à subir le contre-coup de cet état pathologique de l'estomac. Insensiblement, l'appétit s'en va, mais sans dégoût pour la viande. De l'avis de ses proches, il maigrit ; son teint pâlit. Sans cesse, il éprouve un malaise, une insupportable pesanteur à la région épigastrique. Une heure environ après avoir mangé, il a de petits vomissements alimentaires, glaireux, un peu acides. Bien que ses forces chaque jour l'abandonnent, il lutte contre le mal, ne cesse pas de travailler.

Un mois après ce que nous sommes en droit d'appeler son accident, au mois d'août par conséquent, ayant pris un bol de bouillon au repas de midi, il se met au travail. Vers les deux heures, subitement il a une forte crampe gastrique, a une syncope de courte durée, quitte son travail et se couche.

Sans cause directe connue, le soir de ce même jour, il a une abondante hématomatémèse d'un sang noirâtre. Le médecin appelé prescrit le régime lacté exclusif, des opiacés et ordonne le repos au lit le plus absolu. Après sept mois de ce traitement, le malade a repris des couleurs, a récupéré ses forces. Il se croit tellement guéri qu'il cesse tout régime et reprend son métier d'arrimeur.

Pendant quelque temps, l'appétit reste assez bon ainsi que l'état gé-

néral. Ce n'est que vers la fin de 1901, que les anciennes douleurs gastriques réapparaissent, mais elles évoluent quelque temps à bas bruit ; c'est-à-dire qu'elles sont supportables, fugaces, se montrant un jour pour disparaître le lendemain. Petit à petit, les digestions deviennent de moins en moins faciles. Au commencement de 1902, le malade éprouve de vives sensations de chaleur à l'épigastre, il a souvent des renvois acides, glaireux surtout après ses repas ; il a quelques éructations.

Les crises gastriques sont de plus en plus rapprochées ; la digestion est de plus en plus difficile. A la suite des repas, le malade souffre de nouveau des mêmes sensations de brûlure de fer chaud à l'épigastre. Il a des hoquets, des nausées, des vomissements. Outre ces vomissements, il se produit chez lui des alternatives de diarrhée et de constipation. Le malade maigrit progressivement. Les phénomènes morbides vont s'aggravant de jour en jour, les vomissements sont presque quotidiens, sans la moindre trace de caillots. Depuis quelques mois, le sentiment de brûlure, de pyrosis s'accroît davantage ; en outre, le malade éprouve une douleur extrêmement vive surtout après le repas à l'épigastre, au niveau de l'appendice xiphoïde, et dans le dos en un point correspondant à la pointe du sternum, à gauche de la colonne vertébrale. Dans ces derniers temps, la diarrhée n'a cessé d'être persistante sans jamais de mélæna.

Subitement, il y a 2 jours, le 26 mars l'après-midi, étant au travail, il a une hématomèse très abondante d'un sang noirâtre mêlé aux aliments. Obligé d'abandonner son travail, il entre à l'hôpital Saint-André, salle 20, lit 9. Voici dans quel état nous l'avons trouvé, le 28 mars 1903.

Il est très amaigri (il nous dit avoir perdu, depuis un an, 7 kilos) ; cet amaigrissement tient plutôt à la disparition du tissu cellulo-adipeux qu'à l'atrophie des muscles, qui, bien que diminués de volume, ont conservé leur relief habituel. Le malade présente une pâleur générale des téguments ; pâleur de la peau, pâleur des muqueuses. C'est une pâleur à reflet légèrement jaunâtre ; mais ce n'est point cependant la teinte jaune du cancer, pas davantage la teinte feuille morte de la cirrhose. D'ailleurs, nulle part la moindre trace d'œdème ; nulle bouffissure d'aucune partie du corps. La langue, très blanche, fissurée, est recouverte d'un enduit épais, blanc jaunâtre.

Le pouls, égal, régulier, avec tension un peu faible, bat à 76 pulsations.

Lorsqu'on examine l'estomac du malade, on trouve une forte résistance musculaire au creux épigastrique. En outre, la palpation de l'abdomen ne se pratique pas sans difficulté. Il y existe une hyperthésie telle que la simple application de la main réveille des douleurs intenses qui paraissent avoir leur siège dans la peau plutôt que dans les organes sous-jacents; il se produit alors une contraction énergique des muscles grands droits de l'abdomen; on ne peut que très difficilement palper l'estomac. En cherchant à provoquer la douleur, on reconnaît qu'elle est extrêmement intense en un point situé au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dans cette région, en effet, le doigt appliqué perpendiculairement à l'estomac détermine une douleur intolérable. Il en est de même à gauche de la colonne vertébrale à la hauteur de la pointe du sternum.

L'estomac a une sonorité qui atteint l'ombilic, et mesure sur la ligne xiphoïdo-ombilicale, 12 centimètres; sur la ligne mamelonnaire, 13 centimètres.

Quant aux autres organes, voici le résultat de notre examen : le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal; sa matité en haut correspond au sixième espace. La rate n'est pas limitable. Les poumons paraissent absolument sains ainsi que le cœur.

Les réflexes abdominaux inférieurs et supérieurs sont un peu vifs des deux côtés; les rotuliens sont normaux; les plantaires normaux avec flexion des orteils. Pas de ganglion carotidien, ni épitrochléen. Le malade urine peu; l'analyse en est faite et donne le résultat suivant :

Analyse d'urine faite au laboratoire de la Pharmacie Générale des Hôpitaux de Bordeaux, le 1^{er} avril 1903 :

Volume.....	1 litre
Aspect.....	louche
Sédiment.....	faible
Couleur.....	jaune
Réaction.....	acide
Densité à $\times 15^{\circ}$	1.020
Urée.....	24 gr. 50
Acide phosphorique total (en $P^2 O^5$).....	2 gr. 12
Chlorure de sodium.....	2 gr. 90

Corps xantho-urique.	0 gr. 58
SO ³	1.94

Albumine, glucose, pigments biliaires, néant.

Régime lacté. Repos absolu.

Bicarbonate de soude. Orthoforme. Eau de Vals. Des cataplasmes chauds sont appliqués sur la région gastrique.

Au bout d'un mois environ de ce traitement, le malade peut manger quelques aliments solides.

Au mois de juillet, les douleurs ont disparu à peu près complètement.

Le malade sort de l'hôpital le 7 août sinon guéri, tout au moins très amélioré.

Le 15 novembre de la même année, il revient à l'hôpital. Dès qu'il a recommencé à travailler, nous dit-il, les troubles gastriques ont fait leur nouvelle apparition. A la moindre fatigue, il souffre de douleurs qui se localisent à quelques centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. Vite, il a perdu l'appétit; il a tous les jours des vomissements alimentaires, après avoir mangé. Jamais il ne vomit le matin à jeun. On lui conseille le traitement par les alcalins. Il sort de l'hôpital fin décembre, en bonne voie de guérison.

6 mai 1906. — Le malade souffre depuis surtout une quinzaine de jours. Il éprouve la sensation de poids très lourd sur l'estomac quand il a pris quelque nourriture. Le matin, il a des régurgitations acides.

OBSERVATION II (Personnelle)

Jean L..., quarante-sept ans, cultivateur, souffre de l'estomac depuis un accident survenu en septembre 1904, dans les circonstances suivantes.

C'était à l'époque des vendanges, L..., doué d'une très grande force, fait le pari de descendre une barrique pleine de raisins, qui se trouvait à l'arrière d'une charrette. Il prend la barrique à bras le corps, en agrippe du mieux qu'il peut les cercles, et, à reculons, à petits pas la descend; mais voilà que les cercles se détachant lui restent seuls dans les mains. Il tombe à la renverse d'une hauteur d'un mètre trente cen-

timètres environ. A peine, son dos a-t-il touché le sol, que malgré la douleur, il a la vision subite du danger plus grand qui le menace ; rapide, il se relève et d'un effort violent, repousse la barrique pleine, qui, sous l'influence de l'impulsion reçue allait lui tomber sur la poitrine. Aussitôt après, il retombe sur le dos ; on l'emporte sans connaissance.

Quand il revient à lui il se plaint de vives douleurs dans la région épigastrique, de douleurs plus diffuses dans la région lombaire.

La respiration exaspère les douleurs au point qu'il réduit au minimum ses inspirations.

On lui fait prendre un grand bain salé ; on le met au régime lacté exclusif.

Au bout de huit jours de ce traitement, les douleurs gastriques sont encore très violentes ; les douleurs lombaires ont disparu.

Au mois d'octobre, c'est-à-dire un mois environ après son accident, il recommence à souffrir dans le dos. Les douleurs s'irradient vers la région lombaire ; le point le plus douloureux est au niveau du dos, à la hauteur de l'épigastre. Elles sont, ces douleurs, indépendantes des heures des repas ; elles apparaissent tantôt le matin, tantôt le soir ; soit à jeun, soit après dîner.

L'appétit devient difficile ; la digestion pénible. Il n'a pas de dégoût marqué pour la viande, mais préfère manger cependant des potages et des légumes. Après les repas, il s'aperçoit que son ventre ballonne d'une façon exagérée. Il a des éructations, des renvois qui lui brûlent l'œsophage.

A la fin octobre 1904, surviennent de petits vomissements alimentaires, qui se produisent une heure environ après les repas. Ces aliments vomis sont mélangés de glaires, de mucosités. Toujours, ces vomissements sont précédés d'éructations acides provoquant du pyrosis très désagréable.

A la fin novembre, il souffre toujours de l'épigastre et dans le dos.

En janvier 1905, une heure après dîner, subitement il est pris d'une hématemèse et vomit un demi-litre de sang nous dit-il.

Le médecin ordonne le repos absolu, le lait et une potion au bismuth.

Le surlendemain, nouvelle hématemèse mélangée de caillots noirâtres.

Une troisième hématemèse survint dans le courant de 1905.

Pendant les années 1905-1906, le malade n'a pas cessé de souffrir de l'estomac. Les douleurs se montrent par crise, à intervalle assez régulier, tous les huit à dix jours environ. Elles se caractérisent par des sensations de brûlure, qui, prenant naissance dans la région périxiphoïdienne vont s'irradiant en arrière vers la dixième vertèbre dorsale. Elles apparaissent toujours après les repas. Il arrive quelquefois que le malade préfère ne pas manger de vingt-quatre heures plutôt que de réveiller ses souffrances.

Etat actuel. — 20 décembre 1906. La région épigastrique est légèrement douloureuse à la palpation superficielle. La percussion indique un abaissement de la sonorité gastrique. On détermine assez facilement du clapotage. Il y a six jours que le malade n'a pas eu sa crise gastrique.

La pression du doigt sur l'appendice xiphoïde réveille une très vive douleur en broche.

Le malade, souffrant moins après avoir mangé des légumes, vit à peu près exclusivement d'un régime végétarien.

L'examen des autres viscères, foie, rate, cœur, poumons, ne révèle rien de pathologique.

OBSERVATION III (Inédite)

(Communiquée par M. le professeur agrégé Sabrazès)

Joseph B..., quarante-trois ans, marin, entre le 19 septembre 1904, à l'hôpital Saint-André, salle 12, lit 30 parce qu'il souffre de l'estomac.

Personne dans ses antécédents héréditaires n'a présenté de troubles gastriques. Sa mère est morte subitement ; son père, marin, a été englouti par l'Océan.

Quant à lui, depuis l'enfance matelot, malgré un dur labeur il a toujours joui d'une bonne santé, d'un bon appétit, mangeant bien, digérant mieux.

Il avoue quelques habitudes alcooliques : depuis quelques années, il boit, le matin à jeun, sept centimètres cubes de tafia, et de temps à autre, un bitter. A midi, et le soir après son repas, il fume une pipe.

C'est en vain que nous l'interrogeons sur les maladies qu'il aurait pu faire ; jamais, affirme-t-il, il n'a été malade.

Au commencement de juin 1904, après le repas de midi, il a fait un faux pas, a glissé et est tombé sur un seau, la face en avant. Tout le côté gauche, mais surtout la région épigastrique a été sérieusement contusionnée au point que, le lendemain, une ecchymose de la largeur d'une main d'enfant s'y montrait. En outre, l'épigastre, meurtri, avait légèrement gonglé. — On applique un vésicatoire. Malgré cela, le malade n'éprouve aucune douleur et peut continuer quelque temps son travail.

A peine, deux ou trois jours se sont-ils écoulés qu'il commence à ressentir des lourdeurs d'estomac, qui ont vite leur retentissement sur ses fonctions digestives. Il n'a plus le même appétit, bien qu'il n'ait de dégoût marqué pour aucun aliment ; plusieurs fois, dans la journée, surtout une ou deux heures après avoir mangé, il a de petits vomissements alimentaires, un peu glaireux, un peu acides. Jamais de régurgitations matutinales. Jamais de mélæna. Les douleurs épigastriques s'accroissent de jour en jour, deviennent insupportables. Le malade est obligé de cesser tout travail.

Le lundi 19 septembre, vers huit heures du matin, après avoir pris, une heure auparavant, un café, il a subitement un grand frisson. Il se met à trembler, à claquer des dents de froid ; il tombe dans l'embarcation et a un abondant vomissement de sang rouge, mélangé à des caillots noirâtres. Il évalue à un litre et demi la quantité de sang vomi.

Après cette hématomatose, il perd connaissance, et ce n'est que dix minutes après qu'il revient à lui, on le transporte à l'hôpital, salle 12.

Voici dans quel état nous l'avons trouvé le lendemain.

20 septembre 1904. — Le malade est d'une pâleur extrême presque cadavérique. Les lèvres, les conjonctives sont littéralement exsangues.

La langue est blanche, humide, légèrement tremulante.

Le pouls est égal, régulier, filiforme.

En découvrant le malade, nous constatons la trace de la récente application du vésicatoire.

La palpation de l'estomac est relativement facile. On détermine bientôt cependant une assez vive douleur, douleur en broche, qui a son point de départ, à quelques centimètres de l'appendice xiphoïde à

gauche, et qui correspond en arrière à un point diamétralement opposé. Pas de météorisme, pas de hoquet, pas de nausée.

L'examen des urines ne révèle rien de particulier.

Ganglions inguinaux tout petits.

Ganglions axillaires également petits.

Pas de ganglion ni sus-claviculaire, ni carotidien, ni épitrochléen.

Le foie, les poumons et le cœur paraissent sains.

En somme, ce qui frappe surtout chez ce malade c'est sa pâleur, son abattement général. On prescrit le régime lacté, le repos au lit le plus absolu, la glace sur le ventre.

24 septembre. — Le malade se trouve mieux. Il n'a pas eu de vomissement, mais, une fois, a constaté la présence de sang dans ses selles.

30 septembre. — Les forces reviennent petit à petit.

La céphalalgie et les bourdonnements [d'oreilles très pénibles des jours précédents ont disparu.

Le malade prend quelques aliments solides.

3 décembre. — Hier au soir, il a été pris d'étourdissements, de violentes crampes d'estomac. La nuit, il a eu un vomissement alimentaire avec abondants caillots de sang.

Ce matin, nous le trouvons très pâle, très abattu. L'épigastre est très douloureux ; le frottement des draps réveille de très vives douleurs. On supprime tout aliment solide.

4 décembre. — Selles noirâtres où l'on reconnaît assez facilement du sang.

15 décembre. — Le malade ne souffre plus.

Il sort, le 17 janvier 1905, à peu près guéri.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Communiquée par le Dr B..., médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Jules E..., trimardeur, 54 ans souffre de l'estomac depuis 1905 à la suite d'un coup de pied de cheval dans la région épigastrique.

Personne dans sa famille n'est mort d'affection de l'estomac d'aucune sorte.

Jusqu'en 1905, il a été lui-même bien portant. Cependant, son régime

alimentaire était loin d'être régulier. Il ne mangeait jamais à heure fixe, fumait une trentaine de cigarettes par jour, buvait un litre de vin, deux à quatre apéritifs : absinthe ou picon.

En 1882, il a eu un chancre sur la verge. Adénite suppurée.

Pas de roséole, pas de plaques, pas d'alopecie, pas de céphalée.

Il n'a jamais eu d'autres maladies.

En 1905, il reçoit sur l'épigastre un coup de pied d'un cheval qu'il pensait. Il perd connaissance, tombe, et, au bout d'un temps qu'il ne peut nous préciser, revient à lui.

A partir de ce moment, il ressent de vives douleurs épigastriques : douleurs en broche le traversant de part en part et se montrant toujours après le repas. Pour les calmer, il est obligé de se coucher une demi-heure environ sur le côté gauche.

Il ne tarde pas à avoir des vomissements où il reconnaît des aliments ingérés. Il ne constate jamais trace de sang. Il n'a jamais de mélæna.

Il se soumet de lui-même au régime lacté presque exclusif, dont il se trouve bien puisque, au bout de deux mois environ, les troubles gastriques ont disparu. Il cesse alors tout régime.

En 1906, au mois de juillet, il aidait à mettre en meule des gerbes de blé, quand, subitement faisant un effort pour soulever l'une d'elles il sentit une vive et profonde douleur au creux épigastrique. C'était, dit-il, comme si quelque chose s'était déchiré dans son estomac. Il ne put continuer son travail et alla se coucher à l'ombre.

Une demi-heure après, il fut pris de hoquets, de nausées, et vomit bientôt une quantité assez considérable d'aliments mêlés à d'abondants caillots.

On prescrivit des cataplasmes chauds sur le ventre, le régime lacté, le sous-nitrate de bismuth. Les deux selles qui suivirent l'hématémèse furent franchement sanguinolentes.

Pendant quelque temps il continue à souffrir, surtout après avoir introduit quelque aliment dans son estomac. Ce sont des sensations de brûlures qui ont leur maximum d'intensité dans la région périxiphodienne et vont s'irradiant dans le dos vers la première lombaire.

Le matin, il a de petits vomissements glaireux très acides, dit-il. Quelquefois, il a dans la journée de petites hématémèses d'un quart à

un verre à liqueur d'un sang rouge, sans caillot. Ce symptôme pathologique ne l'effraie pas outre mesure, car vers la mi-septembre, il cesse tout régime et reprend et sa vie et son métier de trimardeur.

Le 6 janvier 1907, il nous a été permis de revoir ce malade. Son état est satisfaisant. Depuis un grand mois, il n'a pas eu la moindre hématomèse ; il ne souffre plus de l'estomac. Il serait, nous dit-il, tout à fait bien portant, si, le matin au saut du lit, il ne vomissait pas quelques glaires très acides qui le brûlent tout le long de l'œsophage.

OBSERVATION V (Personnelle)

Jean C..., eut le 25 septembre 1906, la poitrine comprimée entre un mur et un bœuf et cela pendant près d'une minute. Immédiatement, il perdit connaissance et ce n'est qu'une demi-heure après qu'il reprit ses sens alors qu'il avait été transporté sur son lit.

Cet homme, âgé de cinquante-six ans, assez bien portant jusque-là, eut environ deux heures après cet accident une hématomèse d'un verre de sang. A partir de ce moment, lui, qui jamais n'avait souffert de l'estomac, ressent des crampes gastriques très douloureuses. Ces crampes qui surviennent surtout une ou deux heures après les repas, sont circonscrites à la région xiphoïdienne du sternum. Elles sont presque toujours accompagnées d'une douleur très vive au rachis, au niveau de la première vertèbre lombaire. Ces crampes, ces douleurs vont s'accroissant de plus en plus, tant en nombre qu'en intensité. Elles sont, une dizaine de jours après l'accident, comparables aux plus vives brûlures et deviennent une véritable torture, que, seules, les injections de morphine arrivent à calmer. Cependant le malade n'a ni nausée ni vomissement, ayant malgré tout conservé son appétit.

Le 18 octobre 1906, après avoir pris le matin comme d'habitude un bol de café au lait, le malade a vers les 10 heures une nouvelle hématomèse, celle-là bien plus abondante que la première, puisqu'il estime à plus d'un demi-litre le sang vomi :

Le médecin appelé prescrit le lait, une potion au sous-nitrate de bismuth et le repos.

Pendant quelques jours, le malade qui supporte mal le lait, ne cesse

d'accuser de très vives douleurs dans toute la région épigastrique. Dès qu'il a absorbé une tasse de lait, des nausées surviennent suivies bientôt de vomissements acides et glaireux. Le malade maigrit.

Le 25 octobre, les phénomènes morbides ont en partie disparu ; l'estomac tolère le lait. La pression épigastrique ne réveille que des douleurs très supportables. Le malade cesse le régime lacté et mange quelques aliments solides : œufs, poissons, viande blanche de veau, de poulet.

Le 6 janvier 1907, il nous est permis de revoir le malade. Il nous raconte qu'il est pris parfois de vomissements alimentaires accompagnés de douleurs gastriques et rachidiennes. Ces vomissements surviennent toujours après les repas.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Communiquée par le docteur B..., médecin stagiaire au Val-de-Grâce

Lésion gastrique par effort

Louis R... 24 ans, soldat permissionnaire, s'amusait le 3 août 1903, à faire de la gymnastique, chez ses parents.

A la suite d'un effort violent pour faire à la barre fixe un rétablissement, il sent une subite douleur en broche au creux épigastrique, douleur si intense qu'elle lui fait pousser de petits gémissements. Ces plaintes sont entendues par sa mère qui accourt : Elle trouve son enfant couché sur le sol, affreusement pâle. Elle appelle au secours. Mais, avant qu'un aide soit arrivé L... a, devant sa mère affolée, une abondante hématomèse ; la mère évalue, au moins à un litre le sang vomi. Le médecin ordonne des compresses froides sur la région épigastrique, une potion au sous-nitrate de bismuth, du lait pris à petites doses.

Le malade eut le surlendemain, une nouvelle hématomèse d'un verre de sang mélangé à quelques caillots.

Depuis il n'a plus eu d'hématomèse.

OBSERVATION VII

Société médicale des Hôpitaux 1894. — G. de la Tourette.

(**Ulcus par effort ?**)

Homme 41 ans, distillateur. Habitudes alcooliques invétérées. En 1884 a fait un effort pour soulever une pièce de bois très lourde ; a sent immédiatement une douleur très vive au creux de l'estomac et a perdu connaissance. Dans la nuit, hématomèse abondante et mélena. Depuis douleurs épigastriques et dorsales très vives ; vomissements alimentaires non constants.

OBSERVATION VIII

Potain (Bull. de la Société anatomique 1856.)

Ulcère simple de l'estomac. Violence extérieure.

La nommée L... Marie-Rose, âgée de 60 ans, cuisinière, d'une assez forte constitution, était depuis son enfance d'une très bonne santé habituelle. Elle n'avait jamais connu dans sa famille personne qui fut atteint de maladie de l'estomac ou d'affection cancéreuse. Elle-même n'avait jamais éprouvé aucun trouble sérieux du côté des voies digestives, lorsque, il y a huit ans, elle reçut à la région épigastrique une contusion qui devint le point de départ de tous les accidents qu'elle éprouva depuis. Tandis qu'elle aidait à charger sur une voiture un meuble fort pesant, ce meuble s'échappant des mains de ceux qui le portaient, vint la heurter violemment à la région épigastrique. Elle ressentit au moment même une douleur des plus vives et une extrême faiblesse ; les jours suivants elle ne cessa d'éprouver un malaise extrême avec une pesanteur insupportable à la région épigastrique et un défaut complet d'appétit, cependant elle ne s'alita pas. Trois jours après seulement, elle eut une syncope subite et vomit une grande quantité de caillots noirâtres.

Depuis lors, elle n'a jamais cessé de vomir chaque jour après chaque

repas la plus grande partie des aliments et des boissons qu'elle avait pris. Les vomissements survenaient peu de temps, parfois plusieurs heures après qu'elle avait mangé. Jamais, dans l'intervalle des repas, elle ne vomissait de glaires; elle n'avait pas non plus de régurgitations acides. Elle éprouvait à la région épigastrique une douleur persistante tantôt plus, tantôt moins vive, ordinairement supportable néanmoins, et qui avait le caractère d'une brûlure. Elle conservait encore de l'appétit et assez de forces pour continuer son métier de cuisinière. Elle était habituellement constipée; mais ses garde-robes ne présentaient, dit-elle, aucune coloration anormale. Depuis sa première hématomèse, elle n'a jamais vomi de sang, et huit jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une matière noirâtre se trouva mélangée aux matières vomies. Depuis lors, les douleurs étant devenues aussi plus vives, la malade vint demander des soins à l'hôpital de la Charité, où elle entra le 14 juillet 1856, dans le service de M. Bernard (suppléant Audral). Les seuls moyens de traitement mis en usage jusqu'à là avaient été du sous-nitrate de bismuth et des opiacés qui n'avaient pas modifié sensiblement son état. Elle s'était trouvée mieux du régime du lait et du bouillon auquel elle avait été soumise pendant quelque temps, et qui avait rendu les vomissements un peu moins fréquents, mais dans lequel elle n'avait pas persévéré.

Je vis la malade le 15 juillet, lendemain de son entrée à l'hôpital et je constatai chez elle les symptômes suivants :

Quoiqu'elle eût un peu maigri, à ce qu'elle assure, elle ne présentait pas cependant d'émaciation, ni surtout l'apparence cachectique. Sa peau n'avait nulle teinte jaunâtre, les joues étaient rosées; il n'y avait ni chaleur fébrile, ni transpiration. La malade se tenait assise dans le lit, le corps courbé en avant, les traits contractés, et se plaignait d'une vive souffrance à l'estomac et de nausées extrêmement pénibles. La douleur qu'elle accusait était une douleur brûlante, sans élancements, sans sensations de piqures. La langue était humide et rosée, l'appétit nul, la soif très vive, tellement que depuis la veille, la malade avait bu quatre ou cinq litres de tisane. Elle vomissait encore de temps en temps, et ces vomissements étaient mélangés d'une matière noirâtre ressemblant parfaitement à la suie délayée. Le ventre médiocrement développé, était tellement douloureux qu'il était impossible de le palper, du moins

dans la région épigastrique. La malade accusait aussi une vive douleur dans le bas de la région dorsale, mais son état de souffrance vive et d'anxiété ne permettait pas de constater exactement la situation et l'étendue de ce point douloureux.

Tous les autres appareils parurent dans un état d'intégrité parfaite. Les jours suivants sous l'influence de la glace, de l'eau de seltz, du sous-nitrate de bismuth et du régime lacté, les vomissements diminuèrent et l'état de la malade s'améliora un peu. Elle demeura même trois jours sans vomir, ce qui n'était jamais arrivé depuis huit ans. Mais ensuite les accidents reprirent leur cours sans qu'on ait pu savoir sous quelle influence, et la malade succomba le 22 juillet, huit jours après son entrée à l'hôpital.

Pendant les quelques jours d'amélioration, le ventre étant devenu beaucoup moins douloureux, on avait pu pratiquer la palpation, et l'on avait senti à l'épigastre une résistance et une dureté exagérées, qui semblaient devoir faire craindre l'existence d'une induration cancéreuse de l'estomac. Cependant la nature des douleurs, l'amélioration procurée à différentes reprises par le régime, l'absence de toute prédisposition héréditaire, et, par-dessus tout l'absence de tout signe de cachexies cancéreuse, malgré la longue durée de la maladie me firent penser qu'il ne s'agissait que d'un ulcère simple de l'estomac ayant peut-être pris son origine dans une lésion traumatique, occasionnée par la contusion dont il a été question.

A l'autopsie. — On trouva l'estomac divisé en deux parties égales et toutes deux globuleuses, par un rétrécissement à sa partie moyenne, et qui réduisait dans ce point sa circonférence à la moitié de ce qu'il était dans sa partie la plus large. Ce rétrécissement ne se laissait jamais distendre par les tractions. Du reste à ce niveau les parois de l'estomac n'étaient point altérées dans la plus grande partie de l'étendue ; mais à la partie supérieure on voyait, à travers la tunique péritonéale, une sorte de plaque blanchâtre, placée à cheval sur la petite courbure au voisinage du pylore. A sa face interne on reconnut, dans un point correspondant à la plaque blanche qui vient d'être signalée et sur la paroi antérieure, une grande ulcération, longue de cinq centimètres, large de 2, allongée transversalement, assez fortement déprimée. Son fond était mince, ses bords constitués par une sorte de bourrelet arrondi, un peu

saillant, continu en arrière, avec une cicatrice linéaire déprimée et bordée de chaque côté d'un bourrelet semblable au précédent. Le fond de l'ulcération était grisâtre et lisse, différant en cela de la muqueuse de l'estomac. Il n'y avait, du reste, ni d'injection, ni de vascularisation bien marquée, ni dans le fond, ni autour de cette ulcération. La membrane muqueuse stomacale était à l'état normal dans tout le reste de l'organe et conservait toute sa consistance ; elle était fortement colorée, mais seulement dans le renflement pylorique, par une matière noire analogue à celle que la malade rendait dans ses vomissements et que ni le lavage, ni la macération ne purent faire disparaître.

En disséquant attentivement les différentes tuniques de l'estomac au voisinage de cette lésion, j'ai constaté la disposition suivante : La muqueuse de l'estomac arrivait jusqu'au bord de la perte de substance, là elle adhérait intimement au tissu de ce bord, puis se continuait avec une sorte de membrane mince qu'on pouvait arracher du fond de l'ulcération. La tunique celluleuse parfaitement distincte à une petite distance s'épaississait, se condensait au niveau du bourrelet déjà signalé comme formant les bords de l'ulcération et de la cicatrice ; elle se confondait avec le tissu cellulo-fibreux dense résistant, qui constituait ce bourrelet. Les fibres musculaires semblaient converger en rayonnant vers la cicatrice ; elles se serraient, s'épaississaient et s'hypertrophiaient visiblement en approchant des bords. Le plus grand nombre se perdait dans le tissu cellulo-fibreux du bourrelet. Quelques-unes seulement passaient au-dessous du fond de l'ulcération. La tunique péritonéale était demeurée saine. A l'une des extrémités, on apercevait un pinceau vasculaire assez volumineux plongé dans l'épaisseur de la tunique musculaire, qui se dirigeait vers le bord et pénétrait dans le bourrelet dont il était entouré.

L'examen des autres organes n'a pas été fait.

Réflexions. — En somme, l'autopsie a permis de constater l'existence d'une solution de continuité intéressant dans une assez grande étendue les tuniques muqueuse, celluleuse et la musculaire dans la plus grande partie de son épaisseur, solution de continuité en partie cicatrisée, et ayant amené, par la rétraction du tissu cicatriciel, le rétrécissement du calibre de l'estomac. Cette lésion est la seule qu'il ait été possible de constater dans cet estomac, d'ailleurs parfaitement sain. Elle est donc

la cause des accidents éprouvés par la malade. Or, ces accidents remontant sans interruption et sans modification aucune jusqu'à l'époque où la malade reçut un coup violent à l'épigastre, il faudrait admettre (en supposant exacts les renseignements donnés par elle) que la lésion dont ils dépendaient datait également de là. Il y aurait eu alors une déchirure de la muqueuse stomacale, puisqu'il survint une hémorragie abondante qui ne s'est pas renouvelée depuis, et cela au milieu de la plus parfaite santé. C'est cette déchirure qui, tardant longtemps à se cicatriser, peut-être à cause du contact continu des aliments et du suc gastrique, aurait laissé à sa suite l'ulcération que nous avons vue.

Mais la plaie primitive était-elle aussi grande que le ferait supposer cette longue cicatrice et la rétraction qu'elle a subie ? Ou bien l'ulcération, primitivement petite, devenant serpigineuse s'est-elle étendue peu à peu, avançant d'un côté tandis qu'elle se cicatrisait de l'autre ? C'est ce qu'il paraît assez difficile de décider, quoique la dernière hypothèse semble la moins improbable, en raison surtout de cette circonstance, que les accidents loin de diminuer peu à peu, se sont au contraire progressivement accrus.

Quant à la matière noire qui apparût dans les vomissements quinze jours seulement avant la mort, peut-être pourrait-on attribuer sa formation à l'érosion des vaisseaux que l'on voyait pénétrer dans l'un des bords de l'ulcération.

OBSERVATION IX (Résumée)

Potain (Th. Derouet)

Coup de tête dans la région de l'estomac

Emma L..., quarante-six ans, domestique, entre le 30 juillet 1868 à l'hôpital Necker.

Le 14 septembre, à 6 heures du soir, elle reçoit un coup de tête à l'épigastre. Douleurs vives au niveau de l'estomac. Vomissements alimentaires. Hématémèses à plusieurs reprises.

Les aliments exagèrent les douleurs que réveille la seule pression de l'appendice xiphoïde.

Régime lacté. Eau de Vichy.

OBSERVATION X

Potain (Thèse Derouet)

Coup de tête à l'épigastre

En l'année 1872, un homme couché dans la salle Saint-Luc, à l'hôpital Necker, pour affection légère, était voisin d'un épileptique dont les accès étaient des plus violents. Voulant un jour le secourir, il reçut à l'épigastre un coup de tête si fort que, sur le champ, il fut pris d'un vomissement de sang. Dans les jours qui suivirent, il conserva des douleurs à l'épigastre, de l'intolérance pour les aliments, des vomissements répétés et des douleurs à la fois épigastriques et rachidiennes qui paraissaient se rattacher à la persistance de l'ulcération de l'estomac. Néanmoins, sous l'influence du régime lacté exclusif, les accidents ne tardèrent pas à se calmer et disparurent en l'espace de quinze jours.

OBSERVATION XI

Potain (Th. de Derouet)

Un homme d'une trentaine d'années qui s'était bien porté jusque-là et n'avait eu aucun trouble dans les fonctions digestives, fait une chute dans laquelle le creux épigastrique porta sur un coup dur. Il n'a pas immédiatement de vomissements de sang, mais à partir de ce moment il commence à éprouver des douleurs après ses repas qui sont suivies de vomissements alimentaires.

Un an après, ces accidents persistant, il vient me consulter, et je constate les signes classiques de l'ulcère de l'estomac. Je le mets alors au régime lacté exclusif, sous l'influence duquel les accidents s'amendent rapidement et ne tardent pas à disparaître. Se trouvant bien, et, fatigué du régime lacté, il voulut alors reprendre l'alimentation habituelle, mais bientôt les malaises se reproduisirent et les vomissements revinrent chaque soir. C'est vers cette époque, c'est-à-dire au mois de janvier 1874, qu'étant venu me consulter de nouveau, il eût en ma présence un vomissement considérable composé d'aliments, de

matières noires et de sang en partie coagulé et en quantité considérable. J'ignore ce qu'il est devenu depuis.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Duplay *Arch. gén. de méd.* sept. 1881)

Contusion de l'estomac

L. P..., quarante-huit ans, entre à l'hôpital le 3 décembre 1879. N'avait jamais présenté aucun symptôme gastrique avant l'accident qui lui était arrivé six semaines auparavant. Il fut renversé de voiture et tomba la face en avant. La région épigastrique fut contusionnée. Le lendemain, douleurs gastriques intenses, et vomissements de sang noir et coagulé.

Les douleurs ainsi que les vomissements continuent les jours suivants.

Régime lacté. Eau de Vichy.

Il sort deux mois après de l'hôpital dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Duplay *Arch. gén. de méd.* sept. 1881)

Signes d'ulcère simple à la suite de contusion de l'estomac.

La nommée H..., trente-quatre ans, domestique, entre à l'hôpital le 3 juin 1879. Bien portante jusqu'à ce jour. Elle fut rouée de coups par des malfaiteurs, la région épigastrique fut atteinte. Quatre heures après, elle fut prise de vomissements et rendit du sang presque pur dont la quantité fut évaluée à un verre et demi environ. Les vomissements se renouvellent le même jour.

Après quelque temps d'un traitement par le lait, elle sort de l'hôpital très améliorée.

OBSERVATION XIV

Richardière (*Union médicale* Paris 1895)

J..., trente-huit ans, palefrenier, entre dans mon service avec les symptômes classiques d'ulcère de l'estomac. Il se plaint de violentes douleurs avec retentissement dans le dos, l'ingestion des aliments ramène ses douleurs quand elles ont cessé momentanément et les exaspère quand elles existent encore. La palpation de la région est extrêmement douloureuse, le malade a de fréquents vomissements alimentaires qui sont suivis d'accalmie dans les souffrances. Il a eu, à différentes reprises, des hématomés, dont quelques-unes ont eu lieu sous nos yeux. J... présente des signes d'alcoolisme (tremblements des mains, rêves terrifiants). Il avoue d'ailleurs des excès alcooliques. J... fait remonter à huit mois le début de ses accidents qui se sont montrés à la suite d'une contusion de la région épigastrique. Jusqu'à cette époque, il n'avait pas souffert de l'estomac ; malgré des tares alcooliques avouées, les digestions étaient normales, il n'y avait pas de douleurs, pas de vomissements, pas de pituites matutinales. Le début a été très significatif. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a fait une chute tandis qu'il portait sur ses épaules un sac du poids de 75 kilos ; dans la chute, la poitrine a porté sur une marche d'escalier et le creux épigastrique a été contusionné par l'angle de la marche. J... affirme avoir eu à la suite une large ecchymose de la région sous-sternale. Immédiatement après, il a eu des vomissements de sang qui se sont produits pendant une semaine, survenant presque toujours après le repas. Trois jours après le traumatisme, il a commencé à éprouver de violentes douleurs dans l'estomac, les douleurs présentaient déjà cette particularité d'être provoquées par l'ingestion d'aliments, et, calmées par les vomissements. J..., néanmoins, continue son travail pendant quelques jours, mais il a été bientôt forcé d'interrompre et d'entrer à l'hôpital Tenon où il a été soigné dans le service du docteur Netter. Il en est sorti amélioré, mais les symptômes dyspeptiques n'ont pas tardé à reparaitre et à nécessiter son entrée à l'hôpital Héroid.

Sous l'influence de la diète lactée et de la médication alcaline intensive, l'état de J... s'étant notablement amélioré, nous avons cru pouvoir

procéder à l'examen de son suc gastrique ; malheureusement cet examen n'a pas été possible, car l'introduction de la sonde gastrique a immédiatement provoqué des nausées et une hématomèse abondante.

OBSERVATION XV

Pauly (de Posen). (*In Aertzliche Sachverständigen Zeitung*. Berlin 15 janvier 1898.

Ulcère traumatique de l'estomac. — Perforation. — Mort.

(Th. Dumény).

Il s'agit d'un employé de chemin de fer, R..., qui avait toujours été bien portant. Il fut tamponné un jour par un wagon et reçut un coup violent dans la région épigastrique. Depuis l'accident, il ressentait une vive douleur au niveau des fausses côtes, en avant ; il n'eut ni vomissements alimentaires, ni hématomèses, mais son appétit disparut et l'état général périclita. Il souffrait toujours lorsque six semaines après l'accident, il fut pris brusquement d'une douleur déchirante au niveau de l'estomac. Pauly diagnostiqua ainsi que les confrères appelés en consultation une perforation de l'appendice. Le malade mourut au bout de trente-six heures. L'autopsie révéla une péritonite subaiguë consécutive à la perforation d'un ulcère stomacal ayant environ la dimension d'une pièce de 50 pfennig et siégeant sur la petite courbure à 12 centimètres du pylore.

OBSERVATION XVI

Lucas-Championnière. (*In Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1889)

Une femme d'une très bonne santé habituelle, sans aucun antécédent héréditaire, est entrée dans le service du professeur Potain pour des accidents qui sont survenus dans les circonstances suivantes. Elle fit, il y a deux ans, une chute sur le dos, dans laquelle le rachis fut violemment contusionné au niveau des dernières vertèbres dorsales. Elle fut reportée chez elle sans connaissance, et, lorsqu'elle se réveilla, vomit du sang en assez grande abondance. Ces vomissements sanglants se re-

produisirent le lendemain, et peu à peu sa santé se remit. Elle conserva cependant un peu de douleur épigastrique, s'exagérant par l'ingestion des aliments acides. Enfin, après un intervalle assez long, la dyspepsie s'accrut et les vomissements de sang se reproduisirent. C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à l'hôpital avec une grande sensibilité au niveau du creux épigastrique et des dernières vertèbres dorsales, une certaine faiblesse générale, des vertiges, de l'insomnie.

OBSERVATION XVII

Witteneben, 1888. *Ulcus ventriculi traumaticum. Hannover Med. Zeit.*, 1888.
(Th. Dumény).

Un homme de quarante-deux ans, jardinier, reçut, il y a deux ans environ, un coup de pied violent dans la région épigastrique, au cours d'une rixe. Dès le lendemain, il eut un abondant vomissement de sang qui se renouvela pendant les jours suivants. Mais les hématomés furent passagères. Elles se continuèrent pendant quelques jours encore pour cesser graduellement et disparaître tout à fait. Il y eut une interruption de un mois au bout de laquelle les vomissements se montrèrent de nouveau, constitués par du sang noir, ayant l'aspect de marc de café, sang qui était mêlé aux aliments. En même temps, survinrent des douleurs caractéristiques au point xiphoïdien et au point dorsal. Ce dernier s'étendant en hauteur sur presque toute la colonne dorsale. Enfin, il ne tarda pas à se produire une émaciation d'autant plus considérable que le malade ne pouvait pas supporter d'autres aliments que le lait. Malgré le régime lacté, les phénomènes douloureux et les troubles dyspeptiques persistèrent.

OBSERVATION XVIII

G. de la Tourette. *Société Médicale des Hôpitaux* 1894.

(Ulcération traumatique de l'estomac)

Homme, trente-cinq ans, mécanicien de la marine. Est resté treize ans aux Colonies ; a eu quelques accès de fièvre palustre, a encore la rate un peu grosse ; 2 jours de dysenterie, pas de syphilis. Avoue quel-

ques excès alcooliques. Léger état dyspeptique avant 1891. En janvier 1891, lors de l'explosion d'une machine à vapeur, est projeté violemment au niveau de la région épigastrique par une plaque d'acier. Immédiatement, le sang est venu à la bouche et a été rejeté par vomissement. Perte de connaissance. Le lendemain, nouvelle hématomose. Est resté trois mois à l'hospice de Saïgon. Depuis cette époque, douleur épigastrique et dorsale en broche. Sensibilité épigastrique profonde non cutanée, vomit tous les aliments, garde le lait en partie. Hématomoses abondantes en janvier et mars 1894.

OBSERVATION XIX

Jessen (de Hambourg). Un cas d'ulcère traumatique de l'estomac. (*In Monatsschrift für Unfallheilkunde* 1900, t. VII, p. 256) (et in th. de Dumény).

Un homme de trente ans, en parfaite santé, fit une chute au cours de laquelle il vint heurter fortement de la région épigastrique contre un tronc d'arbre. Il ressentit immédiatement une vive douleur et une sensation de plénitude dans l'estomac. Environ trente-six heures après l'accident, il eut un abondant vomissement de sang liquide, moitié coagulé. Il souffrait à ce moment d'une vive douleur que l'on pouvait localiser à la partie médiane du creux épigastrique, douleur accompagnée d'oppression. Cet état persista trois semaines sans s'amender. Il n'y eut pas de nouvelle hématomose. Au bout de ce laps de temps, survinrent des vomissements, le contact des aliments réveillait les phénomènes douloureux.

OBSERVATION XX

Forgue. Communication au Congrès de Chirurgie (22 octobre 1902).

J'ai eu l'occasion d'intervenir dans une plaie de l'estomac par balle de revolver; après avoir suturé la plaie de la face antérieure, j'ai cherché sans succès l'orifice de sortie sur la face postérieure. Mon malade a succombé le troisième jour à une hématomose; l'autopsie m'a montré qu'il n'y avait pas, en effet, l'orifice de sortie et j'ai retrouvé la balle dans l'estomac. Il existait, en revanche, une ulcération gastrique, avec lésions

inflammatoires très étendues; cette ulcération était due évidemment à une contusion produite par le projectile.

OBSERVATION XXI

Lyon médical 1904. 23 mars 1904.

Plaie pénétrante de l'estomac

L.... 24 ans, exerce la profession d'avaleur de sabres. Le dimanche 13 mars, vers 6 heures du soir, il fut au cours de son travail, alors qu'il avait enfoncé dans son œsophage, presque jusqu'à la garde, la baïonnette dite série Z, qui mesure 57 centimètres de longueur de lame, sur 2 centimètres et demi de largeur, heurté à l'épaule par un des spectateurs. Il eut une secousse musculaire de défense et ressentit comme une piqûre au niveau de son appendice xiphoïde; il retira vivement la lame dont l'extrémité était, paraît-il, teintée de sang sur une longueur de quelques centimètres. Le malade ne ressentit à ce moment aucun autre phénomène, et, la douleur s'étant rapidement calmée, il recommença vingt minutes après à avaler successivement une baïonnette modèle 1874 avec son fourreau, puis deux lames d'épée accolées, ce n'est qu'en retirant entre ces dernières une certaine quantité de sang fixée par capillarité qu'il cessa ce soir-là son travail.

Il but un bouillon et commença à se sentir faible; il eut, dit-il, des sueurs froides, ses mains tremblaient et son estomac lui semblait pesant et distendu. Le soir vers 11 heures, il avala de l'ipéca, et eu un vomissement abondant formé presque uniquement, dit le malade, de sang liquide et de gros caillots rouges. La nuit il fut agité, mais n'éprouva pas de douleurs dans l'abdomen. Le matin en s'habillant, il eut une syncope et but pour se remettre plusieurs verres d'arquebuse, qui ne lui causèrent qu'une très légère brûlure à l'épigastre.

À l'entrée, le lundi matin, le malade, nous présente dans une bouteille un peu de liquide qu'il a vomi et qui renferme manifestement du sang.

La face est un peu pâle, les lèvres un peu décolorées, mais rien qui ressemble au facies grippé de la péritonite. Le malade est calme et donne tous les détails sur son accident. La température rectale est de

38°. Le pouls petit et variable bat à 128, avec une tension faible. La respiration est calme (20 à la minute) et régulière, l'abdomen se soulève bien à l'inspiration. L'examen du malade ne révèle aucun des signes auxquels le pouls permettait de penser. L'abdomen est souple, non ballonné; nulle part, on ne provoque de douleur, aucune défense de la paroi. La matité hépatique est bien conservée; pas de nausées, ni de hoquets.

En l'absence de signes manifestes de réaction péritonéale, on laisse le malade au repos avec de la glace sur le ventre et on lui fait une injection de 0 gr. 01 centigr. de morphine.

Le lendemain, le pouls est redevenu plus fort et plus régulier : il bat à 90. La température est de 37° 4; le ventre toujours souple. Dans la nuit, le malade a eu quelques efforts de vomissements et a rendu environ 100 gr. de sang.

L'œsophagoscopie pratiquée par M. Garel n'a pas révélé de lésion œsophagienne, d'abondantes mucosités venant boucher le tube; elle était d'ailleurs difficile et l'on était gêné par des accès de suffocation, car le sujet n'a pas appris à respirer tandis que le sabre est dans son œsophage.

Malgré l'état général excellent du malade, on proscriit toute alimentation par les voies naturelles et pendant trois jours on donne au malade deux lavements alimentaires et un lavement d'eau salée chaque jour.

L'alimentation liquide a été reprise vendredi dernier, cinq jours après l'accident, et actuellement le malade a repris le régime ordinaire.

OBSERVATION XXII

Fertig. Münch. med. Wochens.

(*Gazette médicale des hôpitaux*, 12 sept. 1905.)

Un jeune homme de vingt-huit ans jusque-là admirablement bien portant reçut un coup de pied de cheval dans la région épigastrique. La laparotomie pratiquée immédiatement montra l'intégrité absolue des viscères abdominaux. Deux jours plus tard le sujet fut pris d'hématémèses à répétition qui entraînèrent la mort cinq jours après l'intervention.

L'autopsie montra uniquement quatre ulcérations gastriques siégeant

le long de la petite courbure et dont l'une avait entamé l'artère stomacique. L'auteur pense que le traumatisme avait déterminé dans la muqueuse de l'estomac des infiltrations hémorragiques. L'action du suc gastrique sur ces points de moindre résistance était intervenue ensuite pour produire les ulcérations.

OBSERVATION XXIII

Société de chirurgie (séance du 18 octobre 1905)

Le 1^{er} janvier à 5 heures et demie du soir, entre dans le service de M. Reynier une femme de quarante-quatre ans, qui s'est tirée un coup de revolver dans la région hypogastrique.

Cette femme avait le facies péritonéal, le pouls petit, elle a eu deux vomissements noirs ; l'interne fait appeler le chirurgien de garde. Celui-ci croit devoir proposer l'intervention à la malade qui la refuse énergiquement. Le chirurgien prescrit la glace sur le ventre, la diète absolue. Le lendemain matin, Reynier trouva un pouls bien frappé, la température est à 37° ; la malade refuse toujours toute opération. On la laisse tranquille. M. Reynier prescrit la diète et la glace sur le ventre. Après quatre jours cette malade pouvait commencer à se nourrir ; après huit jours elle était complètement guérie.

OBSERVATION XXIV

(Société de médecine. *Presse médicale*. Leipzig, 24 déc. 1904)

Corps étrangers du tube digestif

M. Perthes présente un homme qui avait avalé, vraisemblablement dans un but de suicide, deux manches de cuillers en plomb, la lame d'un couteau de poche, un fragment de tuyau métallique, plusieurs morceaux de gros fil de fer mesurant une dizaine de centimètres, enfin de nombreux fragments de baleine de corset, autres petits corps étrangers.

La présence et la situation des fragments métalliques furent très nettement diagnostiqués par la radiographie ; c'est ainsi que pendant plus d'un an et demi, le malade ayant formellement refusé de se laisser opérer, on put constater le séjour prolongé d'un des manches de cuillers dans l'estomac. La lame de couteau fut évacuée par la voie naturelle. Quatre fragments de fil de fer s'éliminèrent spontanément en dehors en donnant lieu à des abcès circonscrits au niveau de la paroi abdominale.

CHAPITRE VI

Symptômes. — Marche.

La symptomatologie de l'ulcère traumatique consécutif soit à un traumatisme, soit à un effort, suit généralement la marche habituelle de l'ulcère chronique.

Enumérons, pour les étudier ensuite, chacun des symptômes suivant leur ordre ordinaire d'apparition.

I. *Douleur.*

II. *Vomissement.*

III. *Hématémèse. — Mélena.*

IV. *Troubles dyspeptiques.*

V. *Cachexie.*

I. *Douleur.* — C'est ordinairement le symptôme qui apparaît le premier.

La douleur peut être térébrante, en broche, diffuse, ou circonscrite à la région périxiphoidienne. Quelquefois, elle s'irradie vers la première lombaire. La douleur que ressent le malade de notre première observation, immédiatement après l'effort qu'il a fourni, est comparable « à celle d'une profonde piqûre d'aiguille ».

Il arrive que la douleur débute par une sensation de pesanteur à l'épigastre, douleur qu'exagèrent souvent la palpation, la pression, la percussion même la plus légère.

Le plus ordinairement, elle atteint son maximum d'intensité après l'ingestion d'aliments.

II. *Vomissements*. — Les vomissements manquent rarement dans toute la durée de la maladie. Ils sont plus ou moins acides suivant qu'ils surviennent ou non pendant le travail de la digestion. Dans la grande majorité des cas, ils se montrent après les repas.

III. *Hématémèses*. — L'hématémèse est sans contredit de tous les symptômes le plus important, le plus grave. Elle peut se montrer à trois époques différentes de la maladie : immédiatement ou peu de temps après l'accident, effort ou trauma (obs. VI, VII, VIII), une semaine ou deux après l'accident (obs. I, V) elle coïncide alors avec la chute de l'eschare ; plus tardivement, quelques mois après (observations II, III). « L'hématémèse, dit Dumény, traduit assez exactement la marche et les progrès de la lésion et correspond à des stades différents et bien déterminés de la maladie ».

L'hématémèse peut être très abondante, ou de minime importance. Elle fut abondante chez les malades des observations I, II, III, VI.

Tantôt le sang est rouge, rutilant, tantôt plus ou moins noirâtre. Les malades des observations VI, XIX vomissent du sang à peu près pur ; au contraire, les malades des obs. IV, VIII reconnaissent dans leurs vomissements, et du sang et des caillots, et des aliments ingérés.

On trouve du sang dans les matières vomies, on peut également constater sa présence dans les selles du malade, qui sont noirâtres. C'est du mélæna. L'apparition du mélæna au cours d'une affection de l'estomac a une importance clinique considérable. Grâce à ce symptôme, le diagnostic hésitant jusqu'alors est posé d'une façon définitive, la thérapeutique peut être orientée plus utilement.

IV. *Troubles dyspeptiques*. — Après l'accident, toute une série de troubles ne tarde pas à se montrer et à miner d'autant le

malade : inappétence, nausées, éructations acides, flatulence. Quelquefois, l'appétit n'est pas lui-même diminué ; mais après les repas les douleurs sont si intenses que les malades ont peur de manger et évitent les repas copieux.

V. *Cachexie*. — Un état cachectique progressif, avec amaigrissement graduel et continu, décoloration des tissus, est souvent la conséquence de l'ulcère de l'estomac. Ce sont tous les troubles mentionnés ci-dessus, vomissements répétés, hématomèses plus ou moins abondantes, douleurs persistantes qui déterminent et accentuent la cachexie.

Et, malgré tout, si on institue une médication rapide et énergique, on peut espérer sinon la guérison tout au moins une sensible amélioration. C'est qu'en effet, les lésions de la muqueuse gastrique, qui reconnaissent pour cause un traumatisme, un effort, se terminent le plus souvent par la guérison.

Tantôt, la guérison sera absolue (Observations VI, XXI) ; tantôt la guérison sera relative en ce sens que suivant les circonstances il y aura récurrence. Ainsi, tant que le malade de notre observation I observe le « ne rien faire » le plus strict, il ne souffre pas, il peut se croire guéri ; mais dès qu'il recommence à travailler, tous les symptômes morbides, caractéristiques de l'ulcère de l'estomac, font leur réapparition.

D'ailleurs la guérison elle-même de l'ulcère entraîne quelquefois des suites fâcheuses dont la plus importante est à coup sûr la rétraction cicatricielle des tissus. Que la cicatrisation de l'ulcère siège au niveau d'un orifice, du pylore par exemple, et le malade aura presque nécessairement une sténose du pylore plus ou moins prononcée. Que la cicatrisation occupe la partie moyenne de l'estomac, et l'on pourra avoir une biloculation de cet organe.

Potain, dans sa remarquable observation de 1856, a attiré l'attention sur cette biloculation. Il trouva à l'autopsie un estomac divisé en deux parties égales et toutes les deux globuleuses par un rétrécissement à sa partie moyenne et qui réduisait dans ce point sa circonférence à la moitié de ce qu'il

était dans sa partie la plus large... etc. (observation VIII).

Il arrive quelquefois que la région de l'estomac où siège l'ulcère est enveloppée de néo-membranes épaisses, fibreuses, indurées, par l'intermédiaire desquelles le viscère est fixé aux organes voisins, foie, pancréas, diaphragme. Il en résulte des masses plus ou moins volumineuses reconnaissables à la palpation et qui rendent parfois le diagnostic plus facile pendant la vie.

Ces adhérences consécutives jouent un rôle protecteur soit qu'elles évitent la perforation, soient qu'elles en atténuent les conséquences. Car, malgré leur tendance à la guérison, il ne faut pas oublier que, parfois, les lésions gastriques deviennent chroniques. Le processus ulcéreux marche en phagocytant pour ainsi dire les tissus, et arrive à perforer toutes les parois de l'estomac. La mort à brève échéance par péritonite en est la fatale conséquence. Dans l'observation XV, nous voyons en effet que la mort est survenue par péritonite consécutive à la perforation de l'estomac. Leube, d'après une statistique basée sur un grand nombre d'ulcères de cet organe, prétend que un ou deux pour cent finissent par la perforation.

Des maladies intercurrentes peuvent survenir au cours de l'ulcère et assombrir encore le pronostic en amenant une terminaison fatale : la tuberculose, le cancer se greffent quelquefois sur la lésion gastrique.

CHAPITRE VII

Traitement

Depuis quelque temps, le traitement des ulcères de l'estomac est entré dans une phase nouvelle en ce sens que les chirurgiens revendiquent pour eux cette affection. Sans doute, quelquefois, en présence d'un malade qui vomit le sang à pleine bouche, un instant d'hésitation serait faute peut-être irréparable ; il faut s'armer du bistouri, et, rapide, aller à la recherche de la lésion ; mais, nous pensons que souvent une sage expectation est plus opportune qu'une intervention chirurgicale.

L'ulcère est justiciable d'un traitement purement médical lorsqu'il est non compliqué, c'est-à dire sans hémorragie rapidement mortelle, sans perforation intercurrente.

Nombreuses sont les indications thérapeutiques. Parmi les obstacles à la guérison, à la cicatrisation de l'ulcère, il nous faut d'abord mentionner les mouvements péristaltiques de l'estomac, mouvements qu'exagèrent les irritations mécaniques et chimiques suscitées par l'ingestion des aliments.

La première condition à remplir sera donc de ménager, autant que faire se pourra, l'organe. Le repos au lit le plus absolu sera observé. Leube et Ziemssen ont les premiers préconisé cette « cure de repos » qui suffira parfois à calmer les phénomènes douloureux. Notre malade de l'observation IV arrête en partie sa crise en gardant une demi-heure environ la position horizontale.

Les narcotiques, l'opium en particulier, jouent véritablement un rôle au point de vue de l'indication morbide. Ils ralentissent, eux aussi, les mouvements péristaltiques et par suite les mouvements sécrétoires. Il faudra autant que possible neutraliser l'acidité des liquides de l'estomac. On excluera par conséquent de l'alimentation les substances protéiques et albumineuses qui nécessitent pour leur digestion une grande quantité de suc gastrique. Le lait sera l'aliment nécessaire, indispensable. Il sera donné de préférence à 38° environ ; ainsi, il excite moins l'estomac assure Frémont.

Pour être efficace, le régime lacté devra être aussi exclusif que possible, il durera jusqu'à complet rétablissement. La sécrétion de l'estomac étant continue, sa neutralisation devra être aussi continue. Partant, les doses de lait seront d'autant plus rapprochées et divisées que les accidents seront plus aigus et plus nombreux,

On obtiendra ainsi du régime lacté des résultats merveilleux. « Quand il est bien supporté, disait Cruveilhier, le lait réussit comme par enchantement. »

Au début du traitement, si le lait n'est pas bien toléré, on fera prendre, recommande Dieulafoy, dans chaque tasse une grande cuillerée d'eau de chaux additionnée d'un milligramme de chlorhydrate de morphine et de trois milligrammes de chlorhydrate de cocaïne. Si l'intolérance pour le lait est absolue, on aura recours, dans ces conditions, aux lavements nutritifs.

D'ailleurs, toutes les fois qu'un accident aigu surviendra, le malade devra être nourri par le rectum. M. Mathieu préconise la pratique suivante. Le premier jour, il donne plusieurs lavements d'eau salée de 250 à 300 grammes. Cela suffit parfaitement à soutenir le malade de un jour ou deux et permet d'habituer progressivement le rectum au travail nouveau qu'on lui impose. On ajoute ensuite à l'eau salée des œufs bien battus dont la valeur nutritive par la voie rectale équivaut à celle des peptones de bonne qualité. Enfin, si le rectum est tolérant, on remplace peu à peu l'eau salée par le

lait. Le sous-nitrate de bismuth est le médicament qui paraît donner les meilleurs effets pour calmer les phénomènes douloureux dont la cause provocatrice est l'hyperchlorhydrie. Fleiner, en 1893, a surtout insisté sur ce mode de médication. Jusqu'en ces dernières années, le sous-nitrate de bismuth était administré à dose massive dans l'ulcère de l'estomac. On en faisait absorber 10, 15, 20 grammes parfois au patient. Pour que toutes les parties de la muqueuse en fussent imprégnées, le malade prenait successivement diverses positions, tantôt couché sur le dos, tantôt sur le ventre, tantôt sur les côtés. Or, les récentes et nombreuses recherches radioscopiques de MM. Leven et Barret, confirmées par l'expérimentation sur le chien, ont montré que la technique classique du pansement au sous-nitrate de bismuth ne réalise jamais le pansement de l'ulcère gastrique.

L'imprégnation totale, même légère, de la muqueuse n'est pas obtenue. Le bismuth s'entasse sur lui-même de sorte que la surface de contact du bismuth et de la paroi est trop restreinte.

Même dans le cas où le diagnostic du siège de l'ulcération est fait, l'on ne peut espérer mettre le bismuth en présence de l'ulcère : « En supposant, ajoutent MM. Leven et Barret, que par hasard l'ulcère ait été recouvert par le bismuth, les contractions constantes de l'estomac si nettement visibles à l'examen radioscopique, font cesser ce contact au bout d'un temps très court. »

Il faut donc renoncer dans le traitement de l'ulcère traumatique de l'estomac aux doses massives de bismuth et conserver seulement l'emploi de doses minimales qui suffisent à calmer les douleurs. Certains auteurs, Cohnheim, Mathieu, entre autres, traitent leurs malades atteints d'ulcère de l'estomac par l'ingestion d'huile d'olive.

Partant de ce principe, que dans l'ulcère il est indispensable d'alimenter le malade sans irriter la plaie, ils insistent sur le traitement par l'huile d'olive qui possède une réelle valeur nutritive tout en étant inerte pour la muqueuse gastrique.

Quelquefois le malade éprouvera du soulagement de la médication par les alcalins, bicarbonate de soude, eaux minérales. Les douleurs du malade de notre observation I étaient calmées par l'orthoforme. Les astringents, perchlorure de fer, ergoline, etc., administrés à propos, arrêteront une hémorragie menaçante.

Il peut arriver cependant, il arrive encore malheureusement trop souvent, que les moyens sus-indiqués restent impuissants à combattre une hémorragie qui, rapidement, va devenir mortelle si le chirurgien n'intervient pas.

Le manuel opératoire varie suivant qu'on se trouve en présence d'une hémorragie abondante ou de petites hémorragies, suivant le siège et la profondeur de l'ulcère. Dans les cas d'hémorragies chroniques, la plupart des chirurgiens se déclarent partisans de l'intervention, le traitement médical étant le plus souvent inefficace.

« En face d'un ulcère qui se traduit par des hématomésés fréquentes et répétées, par des vomissements incessants avec intolérance de l'estomac : par des symptômes de spasmes ou de rétrécissement pylorique, par des signes de cachexie, en face de cas semblables, rebelles à tout traitement médical, la chirurgie doit intervenir et la gastro-entérostomie est l'opération de choix. Chaque opérateur modifie à son gré le procédé opératoire suivant les adhérences, les dimensions, l'étendue, la profondeur, la situation de l'ulcère. »

On excise l'ulcère et on suture la plaie ainsi obtenue (procédé de Roux et Mikuliez). On cautérise l'ulcère (procédé de Küster et Korte). On lie les vaisseaux dans la plaie ou on place une ligature comprenant la muqueuse et les points saignants (procédé de Cazin).

CONCLUSIONS

En résumé, de ces quelques considérations nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes :

I. Un traumatisme portant sur la région épigastrique, une chute sur le dos peuvent occasionner une lésion de la muqueuse de l'estomac.

II. Un effort violent est capable, lui aussi, de provoquer une déchirure plus ou moins prononcée de cette muqueuse.

III. Dans les deux cas, la lésion aura pour siège de prédilection la petite courbure.

IV. Sa production sera éminemment favorisée par l'état de distension de l'organe, due aux aliments et aux gaz.

V. Elle évoluera, le plus souvent, vers une rapide guérison ; quelquefois, sous l'influence sans doute d'un suc gastrique hyperacide, elle deviendra le point de départ d'un processus ulcéreux et aboutira à l'ulcère type de l'estomac.

VI. Le traitement qui donne les meilleurs résultats est le traitement par le repos et le régime lacté.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

PICOT.

Vu : *Le Doyen,*

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 5 février 1907.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LISLE. — Rupture spontanée de l'estomac. (*Archives générales de Médecine* 1829).
- POTAIN. — Ulcère de l'estomac d'origine traumatique. (Communication à la Société anatomique 1856.)
- LONGUET. — Mécanisme des lésions de l'estomac par contusion. (Société anatomique, décembre 1875.)
- DEROUET. — Etude sur l'ulcère simple de l'estomac de cause traumatique. (Th. de Paris 1879.)
- DUPLAY. — Contusion de l'estomac. (*Archives générales de Médecine*, septembre 1881.)
- BERNUTZ. — Ulcère de l'estomac chez les tourneurs en porcelaine. (*Annales d'hygiène publique* 1881.)
- LEUBE. — Ulcus ventriculi traumaticum. (*In Centralblatt für Klin. méd. Leipzig* 1886, VII. Th. de Dumény.)
- WITTNEBEN. — Ulcus ventriculi traumaticum. (*Hannover med. Zeitung* 1886. Th. de Dumény.)
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Ulcère de l'estomac d'origine traumatique. (*J. de méd. et chirurgie prat.* Paris 1889.)
- POTAIN. — Ulcère simple de l'estomac d'origine traumatique. (*Abeille méd.* 1889.)
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac 1893.
- G. DE LA TOURETTE. — De l'ulcère de l'estomac. — Société médicale des Hôpitaux 1894.
- MAX EINHORN. — *Medical Record*, 23 juin 1894. On Erosion on the stomach and their treatment.

- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique. — Maladies de l'estomac.
- RICHARDIÈRE. — Ulcère traumatique de l'estomac. (Union médicale, Paris 1895.)
- PAULY (DE POSEN). — In *Aertzliche Sachverständigen Zeitung*. Berlin, 15 janvier 1898. — Ulcère traumatique de l'estomac. (Th. Dumeny.)
- JESSEN. — Ulcère traumatique de l'estomac, th. de Dumeny.
- FORGUE. — Plaies de l'estomac par armes à feu. (Comm. au Congrès français de chirurgie, 22 octobre 1902.)
- DUMENY. — Ulcère traumatique de l'estomac, th. de Paris, 15 janvier 1903.
- HAYEM. — Séance de l'Académie de médecine, *Gazette des Hôpitaux*, 27 octobre 1903.
- DUTEIL. — Plaie pénétrante de l'estomac, *Lyon médical*, 23 mars 1904.
- PERTHES. — Corps étrangers du tube digestif. *Presse médicale*, 24 décembre 1904.
- REYNIER. — Plaie de l'estomac par armes à feu. Société de Chirurgie, 18 octobre 1905.
- LEVEN et BARRET. — Ulcère de l'estomac et pansement au bismuth. *Semaine Médicale* 1905.
- FERTIG. — Coup à l'épigastre. *Gazette médicale des Hôpitaux*, 12 septembre 1905.
- NEVIN et HERRICK. — Ulcère de l'estomac, *Semaine médicale*, 5 septembre 1906.
-

